Ätiologie und Therapie der Prolapse und Mitteilung eines Totalprolapses mit Erweiterung des Hiatus Sacralis.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Carl Herberich

aus Coblenz.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Breslau 1921.

Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.

Berichterstatter: Professor Dr. Küstner.

Die Angaben über Prolapse sind vor dem Beginn des neunzehnten Jahrhunderts spärliche, die Behandlungsmethoden unsachgemäße palliative, die Operationsmethoden beschränken sich auf ein unchirurgisches Wegschneiden des Vorgefallenen auf nicht anatomischer Basis. Das erste Vorgehen auf wissenschaftlicher Grundlage erfolgt vor ungefähr 100 Jahren durch den Metzer Arzt Gérardin und Fricke.

Die Normallage des Uterus, die Anteversioflexio bei leerer Blase, wird erst durch die bimanuelle Untersuchungsmethode von B. S. Schultze festgestellt. Die anatomischen Arbeiten von Tandler und Halban erklären den Prolaps als Hernie und legen Wert auf das Stützgewebe und beseitigen die alte Schrödersche Anschauung. Die Arbeiten von E. Martin betonen die Wichtigkeit des Suspensionsgewebes und stellen somit einen gewissen Gegensatz zur ersteren Auffassung dar für die Wichtigkeit des Gewebes, das den Uterus in seiner Normallage fixiert halten soll. Derart sind auch die Behandlungsmethoden für den Weg des Vorgehens verschieden, von dem aus das vorgefallene Organ in seiner Lage zurückgehalten werden soll. Einerseits angreifen von der Levatorplatte und der Scheide aus, andererseits vom Uterus oder den Aufhängebändern aus, um so durch Stützung oder Zug zu wirken.

Grundlegend ist für den ersteren Gesichtspunkt die Scheidendammoperation von Hegar und die Interpositionsoperationen, ausgehend von A. W. Freund; auf der anderen Seite das Hochziehen der Scheide durch den Uterus durch Fixation desselben an die Bauchdecken, abgeleitet von der Methode von P. Müller. Einen besonderen Standpunkt nehmen die Totalexstirpationen bei Kolossalprolapsen ein, die Fritsch ausgebaut hat, und die bei Entfernung des Uterus und seiner Adnexe ein neues Scheidenrohr

nach teilweiser Resektion des alten zu bilden bestrebt sind und dieses neue durch Vernähung an Parametrien und Adnexstümpfe in die Höhe ziehen. Bei der häufig anzutreffenden Gegnerschaft gegen dieses Vorgehen wird an Hand eines Kolossalprolapses die Notwendigkeit der Anwendung der Fritschen Methode in diesem Falle erläutert.

Eine 64 jährige Patientin mit einem Totalprolaps von 37 cm Länge, 37 cm stärkstem Umfang, 30 cm an seiner Basis wird operiert, die Operation (nach Fritsch) beschrieben, Bilder des Prolapses, der exstirpierten Teile und der Verhältnisse nach der Operation beigefügt. Eine Reihe Röntgenaufnahmen geben die topographischen Verhältnisse des Prolapsinhalts und des postoperativen Situs der Blase wieder, wobei das letzte zeigt, daß ein verbreiteter Hiatus sacralis bei der Patientin besteht. Aus einem später acquirierten Rectalprolaps nach starker körperlicher Anstrengung, die aber keinen Einfluß auf das Operationsresultat ausübt, wird der Schluß gezogen, daß die Operation ihre Belastungsprobe bestanden hat.